

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THESE

N°

232

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

CARLOS-ARSENIO NUÑEZ GALVEZ

Né le 15 août 1910 à Santa Lucia (République de Cuba)

**Etude de la Pression au cours
de l'Urétéro-Pyélographie
rétrograde chez la femme en
dehors de la Gestation**

Président : M. P. MOCQUOT, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, rue Cujas, 17

PARIS (V°).

262

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

—

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

CARLOS-ARSENIO NUÑEZ GALVEZ

Né le 15 août 1910 à Santa Lucia (République de Cuba)

Etude de la Pression au cours de l'Urétéro-Pyélographie rétrograde chez la femme en dehors de la Gestation

Président : M. P. MOCQUOT, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, rue Cujas, 17
PARIS (V°).

1937.

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLANOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPEP
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Cardiologie clinique	LAUBRY
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgi- cale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgi- cale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologi- que.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.

MM.	
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MENEGAUX.....	Pathologie chirurgi- cale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIERS	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
LARDENOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR- VALLERY- RADOT		VELTER	
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MIS PADRES,

Al dedicarles este humilde trabajo, pienso en la abnegación y en la grandeza de vuestros sacrificios. Sepa una vez más vuestra extrema bondad, perdonar la enorme diferencia y aceptarlo junto con mi más profundo agradecimiento y amor filial.

A MIS HERMANAS.

A MI HERMANO.

A DON PANTO.

A MON GRAND'PERE (*in memoriam*).

A MONA,

Que han contribuido también para que yo alcance el fin de mis estudios. Muy agradecido.

A MES CAMARADES D'ETUDES.

A TOUS LES MIENS.

A M. LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT,

*Professeur de clinique gynécologique
de la Faculté de Médecine de Paris.
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

*Après nous avoir fait l'honneur de nous
accueillir dans son service, il nous fait aujour-
d'hui celui de présider cette thèse.*

*Nous le prions d'agréer nos remerciements
et nos sentiments de respectueux attachement.*

A M. LE DOCTEUR RAOUL PALMER,

*Chef des travaux pratiques de gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris.*

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
a bien voulu nous aider de ses conseils.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de
notre reconnaissante et respectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE,

*Nous sommes particulièrement heureux de
lui témoigner notre profonde reconnaissance
et gratitude.*

A M. LE DOCTEUR LOUIS GAILLARD,

*Qui nous a accueilli dans son service de l'hô-
pital Pasteur à Nice, avec toute son amicale
bienveillance.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX,

ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

INTRODUCTION.

La radiographie a apporté l'élément indispensable pour l'étude des lésions anatomiques du rein.

D'abord l'examen radiologique direct du « contour du rein » sans aucune préparation spéciale, ensuite après insufflation des colons voir même pneumo-péritoine pour arriver à la radiographie des sondes urétérales opaques.

Mais son secours précieux a été manifeste après les travaux de Volker et Sichtenberg, en 1906 qui eurent l'idée d'injecter dans le rein une solution opaque aux rayons X, c'est-à-dire la pyélographie. M. Legueu et son école ont étudié ensuite la pyéloscopie.

Les différentes images obtenues par les différentes méthodes étaient vagues et manquaient de précision, et surtout ne donnaient aucun renseignement sur l'urètre. Et même souvent, on se trouvait dans l'impossibilité de réaliser ces explorations rénales parce que le cathétérisme était impraticable.

C'est alors, en 1927, que M. le Professeur Chevassu visant plus particulièrement l'état de l'urètre dans les lésions gynécologiques a modifié la façon d'injecter les cavités rénales et a créé « l'uretéro-pyélographie rétro-

grade » qui est à l'heure actuelle la méthode la plus précise pour l'étude des lésions uretéro-pyéliques donnant des images d'une netteté et d'une finesse remarquable.

L'étude de la pression au cours de l'uretéro-pyélographie rétrograde a été faite dans le Service de M. le Professeur Mocquot, à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca. par M. Palmer, chef des travaux pratiques ; et il nous a proposé d'en faire l'objet de notre thèse.

Notre étude est basée sur une série de 37 uretéro-pyélographies au ténébryl faite du 14 septembre au 14 novembre 1936, suivant la technique de M. le Professeur Chevassu, à laquelle nous avons adjoint la mesure de la pression et ce sont les résultats de ces mesures que nous apportons ici.

Nous avons toujours fait toute l'injection avec beaucoup de douceur demi-centicube par demi-centicube, attendant toujours que la pression fut redescendue à un niveau stable avant d'injecter le demi-centicube suivant et même de temps en temps un peu plus pour voir si des oscillations spontanées apparaîtraient. Nous cessons l'injection et prenons les clichés au moment où la malade signale en arrière une sensation de lourdeur ou de tension, la *plénitude rénale*.

INSTRUMENTATION.

1° Nous nous sommes servis d'une partie de l'ins-

trumentation que Riazi avait mis au point pour l'hystéro-salpingographie (Collin constructeur).

— Une seringue de 20 cc³ à piston à vis, chaque demi-tour du piston correspond à un demi centicube.

— Un robinet à trois voies, à joints robustes et étanches.

— Un manomètre anéroïde très sensible gradué de 0 à 30 cm. de mercure (Richard Frères).

2° Collin nous a fabriqué un embout pour sondes urétérales s'adaptant au robinet à trois voies.

3° Nous avons utilisé les sondes à bout conique de Chevassu fabriquées par Eynard.

TECHNIQUE.

1° Remplir la seringue de Ténébryl, bien adapter le robinet à trois voies et le manomètre.

2° Cystoscopie.

3° Adapter à la sonde urétérale (qu'on gardera le plus courte possible pour avoir une sensibilité plus grande) l'embout spécial (par vissage) puis adapter ce dernier au robinet à trois voies. Purger dans la vessie l'air des canalisations (pour éviter les bulles gazeuses dans l'urètre).

4° Faire pénétrer la sonde dans l'urètre si possible, jusqu'à ce que le cône soit sur le point de disparaître. Pendant toute l'injection le cystoscopiste surveillera l'absence de fuites apparentes.

5° Injecter le Ténébryl avec douceur demi-centicube par demi-centicube. A chaque demi-tour du piston (qui correspond à un demi-centicube injecté) on attend que la pression retombe à un niveau stable. De temps en temps on attend un peu au-delà pour voir s'il se produit des oscillations. On continue ainsi de 1/2 cc en 1/2 cc en redoublant la douceur quand la pression minima commence à monter rapidement.

On stope au moment où la malade signale une lourdeur *lombaire*. On prend le cliché à ce moment. Dans quelques cas des clichés ont été pris en cours du remplissage ou après ablation de la sonde).

STATISTIQUE.

NOMBRE D'URETERO-PYELOGRAPHIES
RETROGRADES MANOMETRIQUES :
37.

A. — AVEC SENSATION DE PLÉNITUDE RÉNALE : 33.

1°) *La pression était à ce moment :*

- entre 3 et 4, dans 21,
- au-dessous de 3, dans 7,
- au-dessus de 4, dans 5,

2°) *La quantité injectée était de :*

- moins de 7 dans 3,
- — de 7 à 10 dans 17,
- — de 10 à 13 dans 8,
- — de 13 à 20 dans 4,
- plus de 20 cc dans 1 cas (Pec...20 1/2
après morphine).

3°) *Oscillations pendant le remplissage :*

- signalées dans 16,
- impossible de savoir dans 4,
- non signalées dans 13.

B. — AVEC DOULEUR ILIAQUE OBLIGEANT A ARRÊTER.

Bil.... (G)	Q : 9 1/2	P : 5
Pec.... (G)	Q : 3	P : 12
Pec...2° (G)	Q : 2	P : 7

C. — DOULEUR NON ATTEINTE.

Hod....	Q : 40	P : 2 1/2	Hydronéphrose
Mol....	Q : 20 1/2	—————	fuites.

RÉSULTATS.

Pendant la plus grande partie de l'injection, la pression retombe après chaque demi-centicube injecté aux environs de un centimètre et demi de mercure (de 1/2 à 2, avec parfois des variations).

Pendant cette phase, on constate souvent, si on attend un peu, des oscillations spontanées de l'aiguille, au nombre de 3 à 5 par minute environ, hautes de 1 à 3 centimètres de mercure, et qui ne s'accompagnent d'aucune sensation subjective.

C'est en général dans les trois ou quatre derniers demi-centicube que la pression minima s'élève rapidement jusqu'à la pression de plénitude rénale. Quand la pression minima commence à monter, les oscillations spontanées diminuent, puis disparaissent.

La sensation de plénitude rénale est, dans les trois-quarts des cas, entre 3 et 4 centimètres de mercure ; elle n'a jamais, dans aucun de nos cas, été au-dessus de 5 ; chez des malades craintives et prévenues, elle a été signalée dès 2 ou 2 1/2. Elle nous a paru indépendante

de l'état de l'appareil urétéro-pyélique ; toutefois, il n'y a dans nos cas que des urétéres normaux, des urétéres comprimés, des hydronéphroses et des pyélonéphrites ; il n'y a ni cancer, ni tuberculose. Signalons que la pression de plénitude rénale était de 5, chez une négresse par ailleurs normale.

Le *volume injecté* lors de l'apparition de la sensation de plénitude rénale est au contraire très variable. Il était de 6 à 8 centicubes chez les nullipares sans lésions urinaires, de 8 à 12 centicubes chez les femmes ayant eu des enfants et ne présentant que les stigmates gravidiques normaux. Dans les cas pathologiques, la capacité était égale ou supérieure à 9 chez les nullipares, supérieure à 12 chez les femmes ayant eu des enfants. Ces mesures de capacités peuvent, il est vrai, être faussées par des fuites, mais celle-ci sont rares avec une technique soigneuse, comme nous avons pu le vérifier, en collaboration avec Coldefy, en ajoutant au ténébril du vert de méthyle.

Dans un cas (Pec...) l'injection a été arrêtée à cause d'une douleur iliaque, la quantité était de 3 et la pression de 12 : il s'agissait d'une atrésie de l'urétére lombaire ; la douleur n'était d'ailleurs pas très vive, elle avait débuté quand la quantité était de 2 1/2 et la pression de 7.

Dans deux cas, aucune sensation de tension n'a pu être obtenue ; dans le cas Mol., à cause de fuites répétées ; dans le cas Hod., à cause du volume considérable de l'hydronéphrose.

Dans aucun cas, nous n'avons provoqué de douleur aigüe, ni à fortiori de colique néphrétique.

Dans le cas cité plus haut (Pec.), où une 1^o U. P. R., avait montré à gauche un arrêt du ténébryl au-dessus du détroit supérieur, nous avons fait une deuxième U. P. R. après avoir injecté 1 centigramme de morphine et 1/2 milligramme d'atropine. Du côté non oblitéré, la pression de plénitude rénale est passée de 3 à 3 1/2 et la capacité de 16 à 20 1/2. Du côté oblitéré, à partir de 2cc. la pression était à 7, et toute tentative d'en injecter plus aboutissait à des fuites vésicales.

Nous donnons ci-après les observations de 25 malades à qui ont été faites les 37 urétéro-pyelographies rétrogrades.

Certaines d'entre elles présentaient des troubles urinaires. Les autres présentaient une affection gynécologique ou avaient subi une intervention susceptible de retenir sur l'urètre.

Nous n'apportons aucune observation de femme gravide.

CLICHE I.



Cas Mol... Image d'uretère normal chez une femme nullipare.

CLICHE II



Cas Pec... Image d'uretère obstrué au niveau du détroit supérieur.

Quantité injectée : 2 cc. 3.

Pression : 7 cm. de mercure.

CLICHE III



*Cas Cor... Image de dilatation gravidique très marquée chez
une femme multipare.*

Fuseau lombaire, siphon sous-rénal, dilatation pyélique.

Quantité injectée : 15 cc3.

Pression : 2 cm. de mercure.

OBSERVATIONS.

Mme Ave..., 42 ans. Entre à l'hôpital Broca le 26 octobre 1936, pour des métrorragies. Pas de pertes blanches. Aucun trouble urinaire. 1 enfant, 3 fausses couches. Opérée en 1929 pour salpingite droite. L'examen montre un néo du col confirmé par la biopsie. Le 28 octobre 1936 une tentative de lipiodol infructueuse ainsi que l'hystéroscopie. Opérée le 13 novembre 1936 par M. le Professeur Mocquot (Wertheim).

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 10 novembre 1936.*

Bombement du trigone qui gêne pour trouver les orifices urétéraux.

Orifice *gauche* normal à 5 h.

R.D.	P : 3	Q : 10
R.G.	P : 3	Q : 9 1/2

Rein gauche

1/2	1/2
1	1
1 1/2	1
2	1
2 1/2	1
3	1
3 1/2	Oscille de 1/2 à 2 1/2
4	1
4 1/2	1
5	1 1/2 oscille de 1 à 2
5 1/2	2
6	1
6 1/2	1
7	1 1/2 douleur de la F.I.G.
7 1/2	1 1/2
8	2
8 1/2	2
9	2 1/2
9 1/2	3

Rein droit

Orifice uretéral ponctiforme.

Q	P
1/2	1
1	1
1 1/2	1/2
2	1
2 1/2	1
3	1
3 1/2	1
4	1
4 1/2	1
5	1
5 1/2	1
6	1
6 1/2	1 1/2
7	1 1/2
7 1/2	2
8	2
8 1/2	2
9	2 douleur iliaque
9 1/2	1 1/2
10	3

Clichés

A droite : Siphon sous-rénal, fusceau lombaire.

A gauche : normal.

Mme Bil..., 36 ans. Consulte le 2 septembre 1936, pour des pertes blanches. Règles abondantes avec des caillots. Pesanteur dans le rectum. Ténésme vésical après la miction. Douleur lombaire gauche. Pas d'enfants, une fausse-couche provoquée (3 mois). Utérus en rétroversion et rétroflexion. Opérée le 6 octobre 1936, par M. Palmer, qui lui fait une hysteropexie, salpingectomie droite, castration gauche.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 3 octobre 1936.*

Rein droit

Q	P
1/2	1
1	1
1 1/2	contractions de 1 à 4
2	contractions de 1 à 2 1/2
2 1/2	contractions de 1 à 2 1/2
3	oscillations progressivement croissantes de 1 à 3 au mo- ment du premier cliché.
3 1/2	1
4	2
4 1/2	2
5	2
5 1/2	3
6	3 1/4

6 1/2	oscillations de 3 à 4
7	3 1/2
7 1/2	4
8	4 — deuxième cliché.
8 1/2	4
8 1/2	4
9	4 1/2 douleur, 3° cliché entre 4 1/2 et 4.

Rein gauche

Q	P
1/2	1
1	1
1 1/2	1
2	1 1/2
2 1/2	1
3	1 1/4 — 1° cliché
3 1/2	1
4	1
4 1/2	oscillations de 1 à 4 puis de 1 à 3
5	oscillations entre 2 et 3 1/2
5 1/2	oscillations entre 2 1/2 à 3 1/2
6	2 à 2 1/2
6 1/2	2 à 2 1/2
7	2 1/2
7 1/2	3
8	3 1/2
8 1/2	3 1/2 à 4

9 4
9 1/2 5 douleur de la fosse iliaque.

Clichés :

- 1°) P : 3 1/2 Q : 8 grêle et flou.
2°) P : 5 Q : 9 1/2 grêle et flou. — Siphon, dilatation.

Mme Cam..., 53 ans, vient consulter pour des métrorragies abondantes, indolores avec des caillots, qui ont débutés le premier juin 1936. Pertes blanches tachant le linge. Ménopause en 1932. Pas d'enfants, une fausse-couche spontanée. En 1925, crise de salpingite. Gros utérus en retroversion, peu mobile irrégulier avec un noyau dur au-dessus de l'isthme. Hysterectomie totale faite par M. le Professeur Mocquot, le 8 juillet 1936.

Rein droit : oscillations : 1-2 1/2 P : 3 Q : 20

Q	P
1	1/2
1 1/2	1/2
2	1
3	1 1/2
3 1/2	1 1/2
4	1 1/2
4 1/2	1 1/2
5	1 1/2
5 1/2	1 1/2
6	1 1/2
6 1/2	1 1/2

7	1 1/2
7 1/2	oscillation de 1 à 2 1/2
8	1 1/2 oscillation à 2 1/2
9	1 oscillation à 2 1/2
10	1 à 2 1/2
10 1/2	1
11	1
11 1/2	1
12	1
12 1/2	1
13	1
13 1/2	1 1/2
14	1
14 1/2	1 1/2
15	2 — 1° cliché.
15 1/2	1
16	1
16 1/2	1 1/2
17	1 1/2
17 1/2	1
18	2
18 1/2	2
19	2
19 1/2	2 1/2
20	3 — 2° cliché. (à 20 cm ³ — pression 3, douleur iliaque et non lombaire, l'injection n'étant pas poursuivie, la malade étant douillette).

Clichés

- 1°) P : 2 Q : 15 (plus grêle, plus flou).
 2°) P : 3 Q : 20 (douleur iliaque, hydronéphrose).

Mme Col..., 58 ans. Entre à l'hôpital Broca pour des métrorragies qui ont débuté il y a trois mois. Ménopause à 36 ans. Pas de pertes blanches. Deux enfants, pas de fausse-couches. Masse en chou-fleur obturant le fond du vagin. Paramètre gauche normal, le droit un peu bridé. Biopsie : épithélioma massif, stroma à peu près inexistant. Ablation à l'anse diathermique des bourgeons le 6 octobre 1936. Wertheim le 21 octobre.

Etude de la pression au cours de l'U.P.R.

3 octobre 36

R D : P 3 Q 8

Rein droit

Q	P
1/2	
1	1 1/2
1 1/2	1 1/2
2	1 1/2
2 1/2	1 1/2
3	entre 1 1/2 et 2
3 1/2	1 1/2
4	2

4 1/2	2
5	2
5 1/2	2
6	2
6 1/2	2
7	2
7 1/2	2 1/2 — 1° cliché
8	3 — 2° cliché.

Clichés :

1° P : 2 1/2	Q : 8 un peu flou et bougé
2° P : 3	Q : 8 1/2 Dilatation gravidique.

Observation : Cou..., C. vient consulter à l'hôpital Broca le 9 février 1937. Prolapsus à la suite de son premier accouchement, réduit mais revenu il y a 14 ans, après son troisième accouchement.

Hystérectomie subtotale à Broussais en janvier 1936. Depuis son opération douleurs dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant à la région lombaire.

4 enfants — 1 fausse-couche.

Examen : On sent une induration au niveau du ligament large gauche. Le reste du bassin est souple.

Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
le 13 février 1937.

Rein droit

Q	P
1/2	2 1/2

1	3	
1 1/2	2 1/2	
2	2	
2 1/2	2	
3	2	
3 1/2	1 1/2	
4	2	
4 1/2	2	
5	2	
5 1/2	2	
6	1 1/2	
6 1/2	(oscillations spontanées) de 1 1/2 à 2	
7	1 1/2	
8	1 1/2	
8 1/2	2	
9	2	
9 1/2	2 1/2	— cliché.

Rein gauche

La pénétration de l'orifice urétéral gauche n'est pas certaine, la région étant plissée et enflammée.

A partir de 7cc. injectés la pression est toujours à 0 jusqu'à 20 cc. qu'on cesse d'injecter.

Clichés :

A droite : Urétère et bassinet normaux.

A gauche : Non injecté.

Mme Cou..., 48 ans. Vient consulter le 10 octobre 1936 à l'hôpital Broca pour des douleurs lombaires et œdème du membre inférieur gauche. Troubles ménopausiques. Epistaxis aux époques des règles. Wertheim en 1931 pour néo du col, examen : induration du paramètre gauche qui s'est absédé et fistulisé. Récidive ?

La malade est hospitalisée actuellement dans le service.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 27 décembre 1936.*

Rein droit

Q	P
1/2	1 1/2
1	1 1/2
1 1/2	2 1/2
2	1
2	1
2 1/2	1
3	1
3 1/2	1
4	1
4 1/2	1
5	1
5 1/2	1 1/2
6	1 1/2
6 1/2	2

7	2 1/2
7 1/2	2 1/2-3

Cliché pris à 2 1/2 cm de pression, normal.

Rein gauche

Q	P
1/2	1 1/2
3	1 1/2
4	2
5	1 1/2
6	1 1/2
7	1 1/2
7 1/2	1 1/2
8	1
8 1/2	1

Plénitude rénale non atteinte. Injection arrêtée à cause d'incident mécanique.

Cliché: urètre filiforme jusqu'au détroit supérieur, dilaté au-dessus.

Mme Cor..., 53 ans. Vient consulter dans le service le 27 juillet 1936 pour des métrorragies depuis 6 semaines. Hernie ombilicale. Epistaxis il y a deux ans. Pleurésie à 32 ans. Un enfant de 32 ans, un mort, pas de fausses-couches. Ménopause à 48 ans. Masse bourgeonnante devant le col, culs de sac souples, mobilisation utérine conservée. La biopsie démontre la nature néoplasique de la lésion. Opérée le 6 août par M. Palmer (Wertheim).

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 28 octobre 1936.*

Rein droit.

R. D. oscille 1-4 P : 2 Q : 15 1/2

Q	P
1/2	1/2
1	0
1 1/2	0
2	0
2 1/2	0
3	0
3 1/2	1 1/2
4	1
4 1/2	oscille de 0-4
5	oscille de 2-4
5 1/2	0 à 4
6	0 à 4
6 1/2	de 1-4
7	1-4
7 1/2	1-4
8	0
8 1/2	0
9	oscille de 1 à 4
9 1/2	1 à 4
10	1 à 4
10 1/2	1 à 4
11	1 à 4

11 1/2	1 à 4
12	1 à 4
12 1/2	1 à 4
13	1 à 4
13 1/2	1 1/2
14	1 1/2
14 1/2	2
15	2
15 1/2	2 — cliché

Clichés :

Dilatation urétérale à droite.

— Est-elle infectée ?

Mme Cro..., 34 ans. La malade est entrée dans le service pour une hernie inguinale gauche survenue il y a trois ans, augmentant de volume par moment et surtout le soir, diminuant après le repos.

Pollakiurie, douleur lombaire gauche, œdème du membre inférieur gauche collibacilurie.

Examen : Petite tumeur un peu douloureuse sortant par l'orifice inguinal gauche un peu élargie.

Entrée dans le Service le 13 mai 1936 et est opérée par M. le Professeur Mocquot le 18 mai.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 31 Octobre 1936.*

Rein gauche

à 5 cc pression de 4. — Cliché.

Rein droit.

à 7cc. pression de 3. — premier cliché.

à 8 1/2 cc. pression de 4. — 2° cliché.

Clichés : Ils sont équivalents et normaux.

Mme Deb..., 36 ans, vient consulter dans le service parce que depuis le 28 août, souffre de la fosse iliaque droite. Température 37°9. Céphalée, nausées, brûlures vésicales après miction (avant les règles). Règles irrégulières. Salpingite droite en 1926. Pas d'enfants, 1 fausse-couche. Ovaire droit prolabé. Cul de sac droit douloureux, opérée le 28 novembre 1936 : ablation des annexes droites, appendicectomie.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
le 15 Octobre 1936.*

Rein droit.

P : 2 1/2 Q : 7

Q	P
1/2	0-
1	0
1 1/2	0
2	0
2 1/2	0
3	0
3 1/2	0 oscillations spontanées de 1/2 à 1 1/2

4	1
4 1/2	1
5	1 1/2
5 1/2	1 1/2
6	1 3/4
6 1/2	2
6 1/2	2
7	2 1/2 1° cliché (douleurs)

2° Cliché : 30 secondes après avoir retiré la sonde de urétéral.

Clichés : flou et filiforme, après ablation de la sonde. Ptose.

Mme Dem..., 33 ans. Entre à l'hôpital Broca le 7 juillet 1936, envoyée par son médecin pour crise de salpingite gauche. Depuis des années traitée pour crises de salpingite. Pertes blanches. Ménorragies depuis son dernier accouchement, 3 enfants (avec forceps) une fausse-couche. Cystite à la suite des couches. Prolapsus depuis 18 mois. Polyurie. Brûlures à la miction. Col gros, mais en bon état. Périnéorraphie le 28 juillet 1936.

*Etude de la pression au cours de l'U.R.P.
faite le 30 septembre 1936*

Rein gauche

Oscillation 0-1 1/2. — P : 3 1/2 — Q : 10 1/2

Q	P
1/2	0—

1	0
1 1/2	0
2	0
2 1/2	entre 0 et 1 1/2
3	entre 0 et 1 1/2
3 1/2	entre 0 et 1 1/2
4	0
4 1/2	entre 0 et 1 1/2
5	entre 0 et 1 1/2
5 1/2	entre 0 et 1 1/2
6	entre 0 et 1 1/2
6 1/2	entre 1 et 2
7	1 1/2
8	1 1/2
8 1/2	2 et 2 1/2
9	2 1/2 sensation douloureuse de la fosse iliaque.
9 1/2	2 1/2-3
10	3 avec légères oscillations. Stop. cliché pris entre 3 et 4 de pression (2 clichés).

Clichés :

2 urétéres gravides + coudure. Rein mobile.

Mme Diz..., 25 ans. Vient consulter le 29 octobre à l'hôpital Broca pour crise douloureuse de la fosse iliaque droite, avec température et vomissements. Douleur s'irradiant vers la vessie. Pollakiurie avec des quantités minimales à chaque miction. Pas d'enfants ni fausses-cou-

ches. Ptose du rein droit. Polype ramifié à 1 cm. en arrière de l'orifice urétéral droit. Néphropexie droite faite le 17 novembre 1936.

*Etude de la pression au cours de l'U.R.P.
faite le 31 octobre 1936.*

Rein droit.

Q	P
7	2
9	2 1/2 — cliché.

Clichés :

Ptose du rein droit.
Urètre filiforme.

Mme Gir..., 48 ans. Entre à l'hôpital Broca le 22 septembre 1936, pour des douleurs dans le bas-ventre et des pertes blanches depuis longtemps.

En 1920 commence une ménorragie abondante durant 2 ou 3 jours contenant des caillots. Ces ménorragies durent depuis 15 ou 16 ans, puis cessent peu à peu et depuis 4 ans la malade ne perd plus que 2 ou 3 jours aux époques menstruelles.

Antécédants :

Pleurésie à 18 ans.

Un enfant de 19 ans et un autre de 2 ans, une fausse couche. Au cours de sa seconde gestation, on lui a

diagnostiqué une masse latéro-utérine droite faisant corps avec l'utérus.

Le 19 octobre 1936, on lui a fait une hystérectomie subtotale pour fibrome.

Etude de la pression au cours de l'U.R.P.

a) un essai le 30 septembre 1936

b) un 2^e essai le 14 novembre 1936

Rein D. oscille 2-5. P : 4 — Q : 11.

Cystocopie : tuméfaction du plafond vésical.

Rein droit

Q	P
1/2	1
1	1
1 1/2	oscille de 1 1/2 à 4 1/2
2	1 1/2 à 5
2 1/2	2 à 5
3	2 à 5
3 1/2	2 à 5
4	2 à 5
4 1/2	2 à 5 1/2
5	2 à 5 1/2
5 1/2	2 à 5 1/2
6	2 à 5 1/2
6 1/2	alternative des petites et grandes oscillations,

7	alternative des petites et grandes oscillations.
7 1/2	alternative des petites et grandes oscillations.
8	alternative des petites et grandes oscillations.
8 1/2	alternative des petites et grandes oscillations.
9	2 1/2
9 1/2	3
10	3 1/2 oscillations diminuent.
10 1/2	entre 3 1/2 et 4
11	Stop — la pression se stabilise à 3 — Cliché.

Deuxième essai : le 14 novembre 1936.

R. D. oscille 1 1/2-3 — P : 3 1/2 Q : 8 1/2

R. G. oscille 1 1/2-3 — P : 3 1/2 — Q : 9

Rein droit

Q	P
1/2	2 1/2
1	3 1/2 retombe à 1 1/2 oscille de 1 à 2
1 1/2	1
2	1
2 1/2	1
3	1
3 1/2	1 1/2

4	1 1/2
4 1/2	1 1/2
5	oscille de 1 1/2 à 3
5 1/2	oscille de 2 1/2 à 3
6	2 1/2
6 1/2	2 1/2
7	2 1/2
7 1/2	3
8	3
8 1/2	3 1/2 cliché.

Rein gauche

Orifice gauche est d'une introduction difficile.

Q	P
1/2	3
1	2 1/2
1 1/2	2 1/2
2	2 1/2
2 1/2	2 1/2
3	2
3 1/2	2
4	2 1/2
4 1/2	2
5	1
5 1/2	1/2
6	1/2
6 1/2	1/2
7	1/2

7 1/2	1/2
8	1/2
8 1/2	1/2
9	2 1/2 (Remp. de la seringue)
9 1/2	2 1/2
10	2 1/2
10 1/2	2 1/2
11	3
11 1/2	3 1/2 cliché

Clichés :

Sont équivalents.

la quantité injectée est sensiblement la même
ptose du rein droit

à gauche : ptose moins marquée

Mme Hod..., 68 ans. Vient consulter le 8 septembre 1936 pour des métrorragies, qui ont débuté en 1933, un enfant (accouchement par forceps avec déchirure périnéale non traitée). Ménopause à 54 ans. Cystite en 1932. Col utérin dévié à droite. Mobilité légèrement diminuée. Corps utérin en rétroversion complète, augmenté de volume. Cul de sac droit douloureux. Biopsie, leucoplasie, kystique de la muqueuse utérine. Opérée par M. le Professeur Mocquot le 9 octobre 1936. Hystérectomie totale. Décédée le 16 octobre 1936.

*Etude de la pression au cours de l'U.R.P.
faite de 27 septembre 1936.*

Q : 40 cc3. P : plénitude rénale non atteinte

Clichés :

Hydronéphrose volumineuse.

Mme Lam..., 45 ans. Vient consulter pour des douleurs dans l'hypochondre gauche, température, nausées. Pollakiurie, dysurie, urines troubles, constipation opiniâtre. Pertes blanches tachant le linge. Un enfant, pas de fausses couches. Colite gauche avec spasme guérie par le traitement adéquat.

*Etude de la pression au cours de l'U.R.P.
faite le 10 octobre 1936.*

R. G. P : 5 Q : 8

Q	P
1/2	2 1/2
1	3
1 1/2	2 1/2
2	2 1/2
3 1/2	3
3	3
3 1/2	3 1/2
4	3

4 1/2	3
5	3
5 1/2	3
6	3
6 1/2	3 1/2
7	4
7 1/2	4 1° cliché à 5
8	5 2° cliché à 0

Clichés :

sont équivalents.

même quantité injectée. Normaux.

Pression à 5 pour le 1°

Pression à 0 pour le 2°

Mme Lef..., 30 ans. Opérée en 1930 hysterectomie totale.

Souffre de douleurs dans la fosse iliaque droite et dans la région lombaire.

Pollakiurie.

L'examen des urines est négatif.

Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

La malade est subfébrile.

Pas d'enfant ni fausse-couches.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 7 novembre 1936.*

Rein droit

Q	P
6	3 1/2

9 4 cliché

Rein gauche

Q	P
7	4

Mme Lin..., 22 ans. Vient consulter dans le service le 2 juin 1936 pour des douleurs survenues il y a un an à la suite de son accouchement en juin 1935. Pertes blanches. Dyspareunie. Polyurie peu intense. Traitée il y a deux ans pour métrite du col. Un enfant, pas de fausse-couche. Petit utérus mobile, en rétroversion. Cul de sac droit peu douloureux. Exulcération du col, délimitée au Lugol. Traitée par des pansements, vaccin I.O.D., electrocoagulation. Le premier octobre on lui fait une hystéropexie.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 3 octobre 1936.*

Q	P
---	---

Rein gauche

R. G. P : 3 Q : 11 1/2

1/2	
1	la pression retombe à 1
1 1/2	la pression retombe à 1
2	la pression retombe à 1
2 1/2	la pression retombe à 1
3	la pression retombe à 1

3 1/2	la pression retombe à 1
4	
4 1/2	la pression retombe à 2 avec légères oscil.
5	2
5 1/2	1 1/2
6	1 1/2
6 1/2	2
7	2
7 1/2	2 1/2
8	2
8 1/2	2
9	2
9 1/2	2
10	2
10 1/2	2
11	2 1/2
11 1/2	3 cliché entre 2 et 2 1/2 douleurs.

Clichés :

- 1°) P : 3 Q : 11 1/2 équivalents
 2°) P : 2 1/2 Q : 11 1/2 mêmes quantités.
 Dilatation du bassin.

Mlle Mol..., 20 ans. Entre à l'hôpital Broca le 5 octobre 1936, pour des douleurs dans le bas-ventre. Il y a 2 ans a fait une crise de salpingite droite, depuis lors, souffre après la fatigue. Pertes blanches depuis 2 ans,

qui sont devenues verdâtres, épaisses, tachant le linge. Pollakiurie. Dysurie. Traitée par gonoccocie à St-Louis pendant un mois et demi. Il y a sept mois a fait une hématurie terminale durant huit jours accompagnant chaque miction qui étaient douloureuses. Urines troubles. Pas d'enfant ni fausse-couche. Annexite bilatérale opérée le 5 novembre 1936.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 19 novembre 1936.*

Rein droit

Quantité injectée : 17 1/2 cc.

Pression : 3 1/2

Cliché : normal

Mme Nic..., 26 ans. Opérée pour salpingite droite en février 1935. Hysterectomie totale pour néo du col, par M. Proust en juin 1935, avec greffes ovariennes. Ablation de la greffe droite en février 1936, la gauche n'a fonctionné que 2 fois. Brulûres à la miction. Rapports douloureux. Constipée. Traitée par le Benzogynœstryl.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 14 novembre 1936.*

N.B. : Malade douillette
purge d'air non faite

R.D. P : 3 1/2 Q : 6 1/2
R.G. P : 3 Q : 6

Rein droit

Q	P
1/2	
1	1
1 1/2	1 1/2
2	1 1/2
2 1/2	2
3	2
3 1/2	2
4	2 1/2
4 1/2	2 1/2
5	3
5 1/2	3 1/2 cliché
+ 1 cc.	

Rein gauche

Q	P
1/2	2
1	2
1 1/2	1 1/2
2	1 1/2
2 1/2	1 1/2
3	1 1/2
3 1/2	2
4	2

4 1/2 2 1/2
 5 3 cliché
 + 1 cc.

Clichés :

A droite : normal.

A gauche : dilatation du bassin.

Mme Ore..., 38 ans. Vient consulter à l'hôpital Broca le 18 mai 1936 pour des ménorragies, douleurs abdominales et bouffées de chaleur depuis 23 jours. Appendicectomie en 1922. Eventration deux ans après son opération. Métrite deciduiforme. Curettage le 4 juin. Au mois de juillet fait une colique hépatique. Opérée par M. le Professeur Mocquot qui lui fait une cholecystostomie.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
 faite le 28 octobre 1936.*

Rein droit : oscillations de 1 à 4. P : 4 Q : 8.

Q	P
1/2	0
1	0
1 1/2	1
2	oscillations de 1 à 2.
2 1/2	oscillations de 1 à 4
3	oscillations de 1 à 4

3 1/2	oscillations de 1 à 4
4	1
4 1/2	oscillations de 1 à 4
5	1 à 5 1° cliché
5 1/2	2 à 5
6	2
6 1/2	2 1/2
7	3
7 1/2	3 1/2
8	4 2° cliché à 4 de P.

Clichés :

- 1° P : 2 — Q : 5 flou et filiforme.
 2° P : 4 Q : 8 normal.

Mme Pec..., 36 ans. Vient consulter le 10 octobre 1936 pour des ménorragies depuis 3 mois, au mois de septembre petite métrorragie. Rapports douloureux depuis longtemps. Pertes jaunâtres, fétides, depuis 2 mois. Opérée pour néo du sein gauche en 1934. 3 enfants, 2 fausses couches.

Utérus remontant à 3 travers de doigts de la symphyse pubienne. Col légèrement entr'ouvert, dur, régulier. Induration ligneuse du cul de sac postérieur. Petite induration du lobe supérieur du sein droit, peu douloureuse. Adénopathie axillaire volumineuse. « Métastases de néo du sein ».

Etude de la pression au cours de l'U.P.R.

Le 29 octobre sans préparer : R.D. P : 3 — R.G. P : 12.

1° *pyélographie le 29 octobre 1936.*

Rein droit

Q	P
1/2	0
1	0
1 1/2	0
2	0
2 1/2	0
3	0
3 1/2	1 1/2
4	1 1/2
4 1/2	2
5	1
5 1/2	2
6	1 1/2
6 1/2	1/2
7	2
7 1/2	2
8	2
8 1/2	2
9	2
9 1/2	2
10	2 à 0
10 1/2	1/2
11	1

11 1/2	1
12	1 1/2
12 1/2	1 1/2
13	2
13 1/2	1 1/2
14	1 1/2
14 1/2	1 1/2
15	2 1/2
15 1/2	2 1/2
16	3 cliché

Rein gauche

Q	P
1/2	
1	2
1 1/2	oscil. 4 à 5
2	9 (cliché)
2 1/2	oscil. de 8 à 9
3	2 1/2 oscil. 11 à 12
3 1/2	2° cliché à 12 —

2° *Pyélographie faite le 14 novembre 1936*
après Morphine et Atropine.

Rein droit

Q	P
1/2	1 1/2
1	1

1 1/2	1
2	1
2 1/2	1
3	1
3 1/2	1
4	1
4 1/2	1
5	1 1/2
5 1/2	1 1/2
6	1 1/2
6 1/2	1 1/2
7	4 1/2 à 1
7 1/2	2
8	2 1/2
8 1/2	1 1/2
9	2
9 1/2	2
10	3
10 1/2	2
11	osc. de 2 à 3
11 1/2	osc. de 2 à 3
12	osc. de 2 à 3
12 1/2	2-1 1/2
13	1
13 1/2	1
14	1
14 1/2	1
15	2
15 1/2	1
16	1

16 1/2	2	
17	2 clichés	
17 1/2	2	
18	2 1/2	
18 1/2	3	
19	2 1/2	
19 1/2	2 1/2	
20	3 1/2	
20 1/2	3 1/2	2° cliché.

Rein gauche

Q	P
1/2	1
1	1
1 1/2	3
2	7 Douleurs iliaques vives. La P. se stabilise à 6. Toute ten- tative d'en injecter plus abou- tit à des fuites répétées.

Clichés :

29 Octobre 1936 :

Droit : dilatation légère.
Gauche : oblitération urétérale.

14 novembre 1936 :

Droit : dilatation légère.
Gauche : oblitération urétérale.

Mme Raj..., 27 ans. Entre dans le service le premier septembre 1936 pour des douleurs dans le bas ventre à la suite d'une fausse-couche de 3 mois. Pertes blanches, jaunâtres, tachant le linge. Dysmenorrhée. Brûlures à la miction. 2 enfants. Métrite cervicale. Utérus mou et douloureux à la mobilisation. Masse annexielle à gauche de l'utérus. Induration dans le Douglas faisant relief dans la muqueuse vaginale. Etat général très atteint. Hystérectomie fondique et une greffe ovarienne (le 27 novembre 1936).

Etude de la pression au cours de l'U.P.R.

faite le 14 septembre 1936

Rein gauche

Volume 11cc. — Pression : 4 Cliché : normal.

Mme Sev..., 39 ans. Consulte le 20 octobre 1936, pour des pertes blanches et des métrorragies depuis 3 mois. Examen : col bourgeonnant à sa partie inférieure droite, saigne au toucher, adhérant au cul de sac antérieur et latéral gauche. Légère diminution de la mobilité utérine. Corps utérin en position normale. Ligament utéro-sacrés souples. Cystoscopie : Zone un peu congestionnée dans la région du trigone. Traitement : ablation des ganglions. Radiothérapie. Guérison.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 10 novembre 1936.*

R.D. P : 4 Q : 12

Rein droit

Q	P
1/2	1
1 1/2	1
2	1
2 1/2	1
3	1
3 1/2	1
4	1
4 1/2	1
5	1 1/2
5 1/2	1 1/2
6	2
6 1/2	2 oscil. de 2 à 3
7	2
7 1/2	2 1/2
8	2
8 1/2	2 1/2
9	2 1/2
9 1/2	2 1/2
10	2 1/2
10 1/2	2 1/2
11	2 1/2
11 1/2	3 1/2

12 3 1/2 à 4 1° cliché
Clichés : Dilatation gravidique légère.

Mme Vi..., 60 ans. Envoyée par son médecin à l'hôpital Broca pour des pertes rosées survenant sans rythme ni en rapport avec les traumatismes. Un enfant (mort-né). Bronchite chronique. Ménopause en 1933. Son mari est un tuberculeux avéré. Examen : Masse bourgeonnante au niveau du col, on délimite difficilement la lèvre antérieure. Col relativement mobile. Bride vaginale dans le cul de sac droit. Le corps utérin est senti au T.R. en rétroversion et basculé à droite. Biopsie : épithélioma pavimenteux intermédiaire, mitoses assez rares, infiltration des polynucléaires abondantes. Radio sensibilité probable.

Après traitement la malade a quitté le service le 2 novembre 1936.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
 faite le 28 octobre 1936.*

R.D. P : 2 Q : 8
 R.G. P : 1/2 — Q : 11

Rein droit

Q	P
1/2	0
1	0
1 1/2	0-1 1/2 oscil.
2	0-1 1/2 oscil.
2 1/2	0-1 1/2 oscil.

3	0-1 1/2 oscil.
3 1/2	0-1 1/2 oscil.
4	0-1 1/2 oscil.
4 1/2	0-1 1/2
5	0
5 1/2	1/2
6	1/2
6 1/2	1
7	1 1/2-1
7 1/2	1
8	pression entre 1 1/2 et 2 cliché.

Rein gauche

Q	P
1/2	1
1	oscil. 0 à 1
1 1/2	oscil. 0 à 1
2	0
2 1/2	0
3	0
3 1/2	0
4	0
4 1/2	0
5	oscil. 0-2
5 1/2	oscil. 0-2
6	oscil. 0-2
6 1/2	oscil. 0-2
7	oscil. 0-1

7 1/2		oscil. 0-1
8		oscil. 0-1
8 1/2		oscil. 0-1
9		oscil. 0-1
9 1/2		oscil. 0-1
10		1
10 1/2		1
11		1 1/2 cliché.

Clichés :

A droite : ptose

A gauche : ptose et dilatation bassin.

Mme Vig..., 69 ans. Entre à l'hôpital Broca le 20 octobre 1936 pour épithélioma du col diagnostiqué à Bon Secours où elle a été hospitalisée depuis le premier octobre. Examen : col irrégulier, bourgeonnant. Corps utérin encore mobile. Culs de sac semblent peu infiltrés. Traitement : ablation des ganglions le 6 novembre. Radium (20 mgs de R.E. 14 fois). La malade a fait une rectite à la suite des applications de radium. Le 23 février 1937 on constate à l'examen un bloc dur au fond du vagin.

*Etude de la pression au cours de l'U.P.R.
faite le 28 octobre 1936.*

Cystoscopie : fort bombement du trigone, l'orifice admet difficilement et douloureusement la sonde.

R.D. P : 3 1/2 Q : 8 1/2

R.G. impossible de faire pénétrer la sonde.

Rein droit

Q	P	
1/2		
1	4-3	
1 1/2	1 1/2	
2	2	
2 1/2	1 1/2	
3	2	
3 1/2	1 1/2	
4	2	
4 1/2	2	
5	1 1/2	
5 1/2	1 1/2	
6	2	
6 1/2	2	
7	2	
7 1/2	2	
8	3	
8 1/2	3 1/2	cliché

Cliché : normal.

Mlle Vin..., 16 ans. Entre à l'hôpital Broca envoyée par son médecin, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Puberté à 12 ans 1/2. Olygoménorrhée et dysmenorrhée. Pertes verdâtres. Brûlures à la miction. Urines trou-

bles avec dépôt. Très constipée. Appendicectomie en 1935 à St-Antoine.

Examen : Au T.R : tumeur mal limitée à droite de l'utérus, douloureuse, col en arrière.

Le 26 octobre 1936, M. le Professeur Mocquot lui fait une ligamentopexie.

Etude de la pression faite le 19 octobre 1936.

R.D. oscille de 2 à 3 1/2. — P : 4 Q : 7

Rein droit

Q	P
1/2	0
1	0
1 1/2	1
2	1 1/2
2 1/2	1 1/2
3	1 1/2
3 1/2	1-2 1/2
4	2-3 1/2
4 1/2	2-3 1/2
5	2
5 1/2	3
6	3 1/2
6 1/2	3 1/2
7	4 cliché

Cliché : normal

7 URÉTÉRO-PYÉLOGRAPHIES RÉTROGRADES FAITES

	OPERATION	GROSSESSE	Q
			10
			9 1/2
	6 oct.	1 F.C.	9
	—	—	9 1/2
	8 juillet 1936.	1 F.C.	20
	Wertheim le 21 oct.	2 E. 58 ans.	8
	Opérée le 7 août « totale »	1 E. 53 ans.	15 1/2
	Opérée de hernie gauche en mai.	—	8 1/2
	—	1 F.C. 36 ans.	5
	28 oct. Castration droite.	—	7
	Opérée en juillet (perinéorraphie).	3 E. 53 ans.	10 1/2
	—	2 E. 48 ans.	11
	Opérée le 15 oct.	—	8 1/2
	(Subtotale).	—	11 1/2
	—	1 E.	40
	—	1 E.	8
	Totale en 1930.	0 30 ans.	9
	—	—	7
	6 oct.	1 E.	11 1/2
	5 nov.	0 20 ans.	17 1/2
	—	—	—
	Wertheim en 1935.	—	6 1/2
	—	—	6
	Opérée en 1935.	0	8
lu sein.	—	—	16
—	—	—	3 1/2
—	—	—	20 1/2
—	—	—	2
	Hysterectomie fondique.	—	11
ux.	Nephropexie le 17 nov.	0 27 ans.	9
	Radiothérapie le 12 nov.	4 E.	12
	—	1 E.	8 1/2
	—	—	11
	Ganglions 6 nov. Radiothérapie 20 nov	0	8 1/2
	Ligamentopexie.	0	7
	—	4 E. — 1 F.C.	9 1/2
	Opérée en 1931.	—	7 1/2

Dysurie Douleur iliaque et non lombaire. Douillette. Pollakiurie, douleur lomb. gauche. Collibacilemie, œdème du mem. inf. G. Douleur lombaire. Plénitude rénale non atteinte. Douleur lomb. et iliaque droite. Douleur lombaire bilatérale. Fuites. Douleur iliaque vive, après morphine et atropine qui finit dès que $P > 7$. Papillome vésical. Douleur lombaire.	Siphon s. r, fusceau lombaire. Normal. Siphon, dilatation. — — Dilatation, retrec. pelvien, siphon. Dilatation gravidique. Dilatation urétérale. Infectée ? Normal. Normal. Ptose. 2 uret. gravid., coud. et rein mobile. Ptose. Ptose moins marquée. Normal. Hydronephrose volumineuse. Normal. Dilatation du bassinnet. Normal. Normal. Normal. Dilatation du bassinnet. Normal. Dilatation légère. Oblitération urétérale. Dilatation légère. Oblitération urétérale. Normal. Dilatation légère. Ptose. Ptose, dilat. du bassinnet. Normal. Normal. Normal. Normal.
--	---

RÉSUMÉ DES

NOM	DATE	COTE	OSCILLATIONS	MALADIE
Ave...	10 nov.	D		Neo intracervical n° 1
—	—	G	de 1 à 2 1/2	— — —
Bil...	3 oct	D	— 1 à 3	Rétroversion et salpingite
—	—	G	— 1 à 3 1/2	— — —
Cam...	10 nov.	D	— 1 à 2 1/2	Opérée d'annexite à droit
Col...	3 oct.	D		Neo du col 1 1/2
Cor...	28 oct.	D	— 1 à 4	Neo du col 1 1/2
Cro...	31 oct.	D		
—	—	G		
Deb...	15 oct.	D	— 1/2 à 1 1/2	Annexite droite.
Dem...	30 sep.	G	— 0 à 1 1/2	
Gir...	30 sep.	D	— 2 à 5	Fibrome et salpingite.
—	14 nov.	D	— 1 à 3	
—	—	G		
Hod...	27 sep.	D	— 1 à 3	Cancer du corps utérin.
Lam...	10 oct.	G		Urétéropyélite
Lef...	7 nov.	D		
—	—	G		
Lin...	3 oct.	G		Rétroversion mobile.
Mol...	19 oct.	D		Annexite bilatérale.
—	—	G		— —
Nic...	14 nov.	D		
—	—	G		
Ore...	28 oct.	D	— 1 à 4	Métropathie récidivante.
Pec...	29 oct.	D		Métastases abdominales.
—	14 nov.	G		— —
—	—	D		— —
—	—	G		— —
Raj...	14 sep.	G		Rein droit mobile et do
Diz...	31 oct.	D		Neo cervico-vaginal antér
Se...	10 nov.	D	— 2 à 3	Neo du col (n° 1 1/2).
Vi...	28 oct.	D	— 0 à 1 1/2	— — — —
—	—	G	— 0 à 2	Neo du col (n° 2 1/2).
Vig...	28 oct.	D		Annexite.
Vin...	19 oct.	D	— 2 à 3 1/2	Prolapsus.
Cou...C.	13 fév. 1937	D	— 1 1/2 à 2	Récidive du neo du col.
Cou... L.	27 déc. (36)	D		

CONCLUSIONS.

1° — L'Urétéro-pyélographie rétrograde de M. Chevassu vise à obtenir un véritable moule de l'appareil urétéro-pyélique, par la mise en tension de celui-ci.

Le critère utilisé est l'apparition d'une sensation de plénitude rénale.

2° — Nous apportons ici les résultats de l'étude de la pression et de la quantité de liquide injecté au cours de trente-sept urétéro-pyélographie rétrograde faites chez vingt-cinq femmes non gravides.

3° — Au moment où apparaît la sensation de plénitude rénale il y a bien réellement *mise en tension de l'appareil pyélo-urétéral* puisque à ce moment la pression reste en plateau, habituellement entre 3 et 4 cm de mercure, sans présenter les oscillations spontanées qu'elle présentait souvent auparavant.

4° — *La pression de plénitude rénale varie dans des limites très restreintes et semble indépendante de l'état de dilatation* de l'appareil pyélo-urétéral.

5° — *Au contraire le volume injecté est très variable* et un peu schématiquement on peut dire qu'il est de 6 à 8 cc. chez les nullipares, de 8 à 12 cc. chez les femmes multipares sans lésions urinaires.

6° — Au total, de nos recherches, résulte la grande valeur du test proposé par M. Chevassu, la sensation de plénitude rénale, puisque cette sensation apparaît dans des limites très étroites de pression.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

P. MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE.

- ASTRALDI ET LAUARI. — Los uretero-pielogramas retrogrados de Schevek et Chevassu (Sociedad Argentina de Urologia).
- BONNEFOUS. — L'Uretéro-Pyélographie rétrograde. Thèse de Paris 1935.
- CHAUVIN. — Encore quelques remarques sur le pneumo-bassin (Ass. française d'Urologie 1929).
- CHAUVIN et EMPERAIRE. — Sur la technique de la pneumopyélographie (juillet 1929).
- CHAUVIN, EMPERAIRE et ESMENARD. — La Pneumopyélographie (Archives des maladies des reins, tome 4, n° 5, 1930).
- CHAUVIN. — Rapport au congrès d'urologie, le 11 octobre 1929.
- M. CHEVASSU. — Les anomalies de l'urètre étudiées au moyen de l'U.P.R. (Soc. franç. d'urologie, 8 juillet 1929).
- L'U.P.R. à l'urosélectan (Soc. franç. d'urologie ; 14 juin 1930).
 - La supériorité de l'U.P.R. sur la pyélographie (Soc. franç. d'urologie, 15 décembre 1930).
 - Résultats cliniques de l'U.P.R. d'après 650 cas. (III^e congrès de Radiologie, 26-31 juillet 1931).

- Le diagnostic précis des lésions tuberculeuses du rein au moyen de l'U.P.R. (Bull. de l'Académie de Med. Séance du 12 janvier 1932).
 - L'exploration anatomique des lésions chirurgicales du rein au moyen de l'U.P.R. (Bull. et Mem. de la Soc. des Nations de Chirurgie. Séance du 17 février 1932).
 - La précision des diagnostics obtenus au moyen de l'U.P.R. (Soc. Belge d'Urologie. Bruxelles, juin 1932 in Journal Belge d'Urologie. Août 1932).
 - L'exploration cysto-radiographique du rein et de l'urètre au moyen de l'U.P.R. (Les cahiers de Radiologie du premier octobre 1932).
 - Les lésions du rein et de l'urètre (Presse Médicale n° 84, du 19 octobre 1932. Premier Congrès Ass. de Chirurgie, 3-8 octobre 1932).
- M. CHEVASSU et MORET. — Le moulage radiographique des cavités du rein et de l'urètre au moyen de l'U. P. R. d'après 1250 cas (Bull. et Mem. de la Soc. de Radiologie Med. de France — Séance du 9 février 1932).
- CIFUENTES. — La U.P.R. según el método de Chevassu (La Medicina Ibérica 17 sep. 1932).
- LEGUEU, FEY et TRUCHOT. — La Pyeloscopie 1927.
- LEGUEU, FEY et TRUCHOT. — A propos de l'exploration radiologique de l'urètre (Soc. Franc. d'Urologie, 23 avril 1928).
- LEGUEU, FEY et TRUCHOT. — Etude comparative des Pyelographies intraveineuses et instrumentales

(III^e Congrès international de Radiologie Paris, juillet 1931).

MARION. — Pyelographie et Pyeloscopie (Soc. Franc. d'Urologie 1929).

PALMER. — Etude de la pression au cours de 40 U. P. R. chez la femme (Rapport à la Soc. d'Obstetrique et Gynecologie de Paris - 4 janvier 1937).

PAPIN. — Pyelographie et pneumo-pyelographie (journal d'Urologie 1924, p. 378).

TANT. (Bruxelles). — L'urétéro-pyelographie ascendente en position debout (Bruxelles Médical N° 18 28 février 1932, p. 501).

TABLE DES MATIERES.

Introduction	9
Instrumentation	10
Technique	11
Statistique	13
Résultats	14
Clichés	18
Observations	23
Résumé des 37 Uretéro-pyélographies rétrogrades faites chez 25 malades	65
Conclusions	71
Bibliographie	73

